

## Posfácio

Num dado momento histórico, determinados segmentos sociais expressam suas estratégias políticas gerais para o conjunto da sociedade por meio de projetos de ações sociais específicas. Portanto, determinados segmentos ou classes sociais partindo de políticas gerais que defendem para a sociedade, formulam políticas de saúde enquanto um conjunto de diretrizes, que articuladas com saberes que definem o que é saúde como necessidades e direitos, ordenando certos modos de gestão e de financiamento das práticas, através da organização de instituições, serviços, tecnologias e processos de trabalho. Conformam verdadeiros modelos tecno-assistenciais como maneiras de organizar a produção em saúde, em determinadas sociedades e períodos.

Estes modelos tecno-assistenciais estão sempre apoiados numa dimensão política, numa dimensão de saber, e numa dimensão organizacional e assistencial

Na história recente do Brasil, temos assistido uma disputa de hegemonia entre os modelos tecno-assistenciais da política neoliberal e os que pretendem implementar as diretrizes do Sistema Único de Saúde — SUS, comprometido com a saúde como direito de cidadania. Os primeiros submetidos à lógica do mercado como critério central para organizar e distribuir serviços de saúde. Os segundos preconizando aquelas que conformam o campo das necessidades de saúde do cidadão e o compromisso com a defesa radical de sua vida.

O governo FHC, condizente com o ideário neoliberal, leva a termo a política geral de: privatização da produção de bens ou de serviços, tradicionalmente de competência do estado; desregramento da economia deixando-a sob o jugo das forças de mercado; contenção de gastos através de medidas que promovam a austeridade, cortando em especial os com políticas sociais; seleção de atendimento às necessidades urgentes de segmentos sociais praticamente excluídos dos direitos mínimos de cidadania, para os quais são desenvolvidos políticas sociais compensatórias. A tradução dessas políticas na política de saúde de seu governo é a consolidação de um modelo onde os segmentos médios e ricos da população seriam cobertos pelos Planos Privados de Saúde, ficando reservado aos excluídos e miseráveis uma *cesta básica* composta com ações programáticas em serviços primários de saúde, em grande parte realizadas por pessoal sem formação específica, com tecnologias simplificadas, visando baixar custos; ao mesmo tempo que levaria a cabo a privatização “in totum” do setor (entregar os já minguados equipamentos públicos ao mercado) com proposta da gestão de entidades públicas (em especial as hospitalares) por "Organizações Sociais", entidades de cunho privado. Para tanto, tenta desgastar o SUS junto a população, inviabilizando seu financiamento e a efetiva municipalização.

Já a política geral inspiradora do SUS tem suas raízes nas lutas sociais pela redemocratização do país no final dos anos 70 e anos 80, afirmando a saúde como direito de cidadania, traduzido nos princípios de universalidade do acesso, equidade, integralidade da atenção, controle social e gestão única em cada esfera de governo, já escritos em lei. No entanto, a concretização dessa política de saúde em uma articulação de saberes e numa nova organização técnico assistencial, apesar de algumas poucas experiências municipais com relativo êxito, tem tido enorme dificuldades, seja por que é um modelo em construção e portanto faz exigências em ousadias e inovações, seja pela força opositora da política de saúde do projeto neoliberal.

Para a discussão de um novo modelo tecno-assistencial de uma política de saúde SUS condizente, fazem-se pertinentes, também, outras questões.

Uma, é o entendimento que se tem das necessidades de saúde. Elas seriam inteiramente captadas pelo saberes clínico e ou epidemiológicos? Estariam plenamente identificadas com um mapeamento de riscos micro localizados e territorializados? Seriam inteiramente respondidas por um conjunto de ações individuais e coletivas subordinadas à um projeto programático? É provável que tentar captar o que é necessidade de saúde com apenas um dos olhares acima, estaria mais próximo de uma compreensão parcial da questão. Uma aproximação maior da realidade, seria de que esta necessidade é conformada num encontro ou disputa de intencionalidades econômicas, políticas e ideológicas de fabricantes e comerciantes do setor

saúde (de equipamentos, insumos e afins), prestadores de serviços, gestores, trabalhadores de saúde e distintos usuários. Em outras palavras, não existe *uma* necessidade de saúde natural, seus limites, conteúdo, magnitude e formas de satisfação variam e são determinados histórica e socialmente. Dessas colocações, decorre a questão se a epidemiologia, a clínica e as tecnologias gerenciais são os saberes definidores em si das políticas de saúde ou ferramentas as quais se deve lançar mão na construção de respostas para a intervenção em saúde. O desafio está, então, em tomar compatíveis as necessidades de distintos usuários e a forma de representarem seus sofrimentos enquanto doença, com o modo como isso é interpretado pelos distintos saberes, clínicos, epidemiológicos e gerenciais.

Outra questão, seria o papel da rede básica. No Brasil, esta surge dentro de um modelo médico sanitário no correr do século XX, como forma de organização permanente de serviços públicos em contraposição as campanhas, centrando em atividades de higiene ambiental e individual e na educação sanitária. Nos anos 70 seu papel é retomado numa perspectiva reformadora e de extensão de cobertura de serviços de saúde, vindo desembocar para um papel que lhe reserva o SUS, de ser não só porta de entrada, mas local de realização, em quantidade e qualidade crescentes, de ações individuais e coletivas de saúde, além de ser ponto de encontro das práticas de saúde e práticas sociais que determinam a qualidade de vida. Tudo isso implica necessariamente em assumir um papel mais complexo, exigente em investimentos estruturais, humanos, tecnológicos, de saberes e de recursos.

Será que dentro de uma reestruturação da rede básica, apenas com uma redefinição física, de insumos tecnológicos e quantitativos de RH se reconfiguraria todo o modo como se dá o processo de trabalho em saúde, na direção da defesa da vida dos usuários? Será que incorporar o sentido que a saúde tem para estes, como um valor de uso “estratégico” para o seu caminhar no mundo, pode se abster de modelos usuários-centrados?

Creemos que não. Por isso, a pertinência de estratégias como a do Acolhimento que pedem reformulações nas formas de acesso dos usuários aos serviços de saúde, nas relações interpessoais (entre profissionais e destes com os usuários), no trabalho em equipe, no uso dos saberes e tecnologias para a solução dos problemas, na definição de papéis e modos de exercícios cotidianos dos saberes, entre outros.

Frente a tal quadro o que significaria, na construção de um modelo SUS condizente, o investimento no Programa de Saúde da Família — PSF e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde — PACS, se forem entendidos pela míope ótica de substitutivos de uma rede básica, ou mesmo dela desvinculados? Com certeza, cumprirão bem o papel de pacote mais barato de gastos em saúde destinados aos "mais pobres", cidadãos de menor categoria. Estes programas, que tem seus méritos, não passam de programas e apresentam seus limites de eficácia, de prevenção e mudanças de indicadores de morbi-mortalidade, já que soluções mais efetivas de problemas de saúde, além de exigirem cuidados primários, demandam também, saberes e tecnologias melhor e mais articulados nos diversos níveis da assistência, que globalmente respondam ao complexo processo de produção da prevenção e promoção da saúde, ao mesmo tempo que permita impactar o sofrimento agudo e/ou crônico expressos, individual e coletivamente, como problemas de saúde.

Nas discussões recentes sobre modelo assistencial, têm se debatido muito sobre Acolhimento e Programa de Saúde da Família — PSF.

Partindo das considerações acima, fica claro que nem o PSF, nem o Acolhimento, podem ser entendidos com modelos assistenciais, mas sim como estratégias que determinados gestores podem lançar mão para a organização da assistência à saúde; ressaltando-se no PSF as propostas para maior responsabilização/vinculação de clientela com ênfase nas ações domiciliares e no Acolhimento as estratégias de modificação do processo de trabalho em saúde e humanização do atendimento. Estas estratégias, inclusive, podem servir à diversas políticas de saúde diversas, até contrárias entre si. Um exemplo disso são as experiências concretas de PSF que em determinadas cidades funcionam mais como cesta básica ao excluídos e em outras está articulado a uma rede que busca viabilizar os princípios do SUS, com experiências inovadoras e avançadas, como por exemplo: Quixadá, Londrina, Chapecó, dentre outras.

Para uma tarefa de construção de um novo modelo, tendo como base os múltiplos atores envolvidos,

é essencial focar com pertinência as questões envolvidas em torno gerência e gestão, tanto da política, quanto dos serviços. Aqui, surgem questões como constituir e tornar efetivas as instâncias gestoras colegiadas do sistema e a gerência participativa das unidades de saúde, numa redefinição democrática de diretrizes políticas, de planejamento de ações e de organização de novos processos de trabalho em saúde.

Uma condução democrática, põe a necessidade de pacto entre gestores, gerentes e trabalhadores de saúde, de forma a partilhar e assumir compromissos formais para com objetivos e metas que alterem positivamente a realidade epidemiológica e clínica, dos usuários de serviços e grupos populacionais.

É missão imprescindível deste novo modelo o estímulo e aprofundamento da participação direta da população na definição das necessidades, na formulação de diretrizes, na escolha das prioridades da política de saúde, na monitoração e fiscalização de sua implementação.

Além, da definição da função de regulação do sistema, que se consubstanciam nas ações de controle e avaliação dos serviços prestados (públicos ou privados), nas questões da relação com rede contratada, e formalização dessa relação, do modo como deve-se reorganizar e direcionar gastos, de como melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Antes de 1983, as políticas de saúde dos governos municipais em Belo Horizonte, se restringiam à atividades parciais de uma fiscalização sanitária, do controle da raiva animal e à assistência aos funcionários públicos. É a partir deste ano que o município começa a assumir e estender, ainda que parcialmente, a assistência à saúde para a população em geral.

Pode-se afirmar que ao longo dos anos 80, estando o município governado por políticas liberais conservadoras e ou populistas, constitui-se enquanto um prestador de serviços de saúde. Embalado pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), constrói unidades básicas de saúde, contrata mais trabalhadores para o setor, institui a gerência de unidades básicas; tudo numa organização de uma rede de assistência primária de baixa complexidade, médico centrada e curativista; que funcionava paralela a uma outra, semelhante, sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, ao mesmo tempo que desarticulada dos outros níveis de assistência que se encontravam sob direção do INAMPS vinculado ao governo federal.

De 89 a 92, num governo de cunho liberal, sob influência da VIII Conferência Nacional de Saúde, da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (1990), o município esboça definir seu próprio modelo tecno-assistencial na perspectiva do SUS. Com assessoria da OPAS, inicia a construção de um modelo de vigilância à saúde, calcado na formação dos distritos sanitários, com a definição de territórios de responsabilidade e mapeamento destes, segundo riscos sociais e epidemiológicos. Auxiliado pela política de municipalização do Estado (que promoveu mais a desconcentração que descentralização) o município recebe a rede básica estadual e no final de 1992 as unidades especializadas do Ex-INAMPS. No fim deste governo, a rede ainda se encontrava bastante desorganizada, a maioria dos distritos sanitários eram mais um rearranjo burocrático dentro de uma divisão administrativa da cidade. Apesar da expansão dos serviços, o município era centralmente um prestador, dentre outros, de serviços de saúde.

Em 1993, inicia-se em Belo Horizonte o governo democrático popular, com as políticas gerais de democratização da gestão pública (destacando-se o orçamento participativo), inversão de prioridades (maior investimento em regiões menos favorecidas), viabilização máxima dos direitos de cidadania, o que produzia uma maré mais favorável as possibilidades para a uma maior efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Neste período (1993 a 1996) o município através de sua Secretaria de Saúde, torna-se cada vez mais gestor de todo o Sistema de Saúde, assumindo a autonomia na definição de sua Política de Saúde e na construção de seu modelo tecno-assistencial, além de aprofundar estrategicamente o seu papel de prestador.

Apesar das dificuldades, buscou-se firmemente a gestão plena do sistema de saúde, a efetiva descentralização, a radicalização da universalidade do acesso, a garantia da integralidade das ações, o aprofundamento do controle social, caminhando em direção oposta a política neoliberal, no campo das políticas sociais.

De um aprofundamento do modelo da vigilância à saúde, que inspirou projetos como o da Vigilância à Mortalidade Infantil, fez-se a migração para um modelo usuário centrado, quando buscou-se viabilizar serviços que atendessem ao máximo à demanda da população, aliando-os às ações de vigilância à saúde

(detecção e vigilância à riscos e agravos em situações e/ou territórios), procurando construir um franco compromisso dos trabalhadores de saúde, com a defesa da vida individual e coletiva.

Num primeiro momento, o foco foi a estruturação da atenção às urgências e emergências (totalmente desarticuladas na cidade), seguindo a estratégia de reestruturação do processo de trabalho com o Acolhimento nas unidades básicas. Tudo isso fez exigências à capacidade de gestão do sistema como um todo, à interligação dos diversos níveis da assistência, à regulação do setor contratado e conveniado.

Nunca é demais ressaltar, que a busca pela construção desse novo modelo em Belo Horizonte, foi conduzido com o explícito compromisso com a mais ampla democracia, procurando envolver e respeitar os diversos atores, com o firme propósito de constituição e funcionamento de instâncias colegiadas de gestão (em nível central, distrital e local), buscando a formação de arenas de discussão e concertamento de propostas e projetos, apesar de todas as dificuldades que isto possa significar na cultura política brasileira, de profunda tradição clientelística e autoritária. Pode-se mesmo dizer, que quase todos os “grandes” projetos implementados durante esta gestão passaram por algum fórum mais democrático de discussão e deliberação, como por exemplo, o que apontava para a reformulação do sistema de informação da produção, o implicado com a produção do do Projeto Vida, o que apostava centralmente na assunção da gestão Semi Plena.

Por extensão, essa matriz democrática, cobrava o máximo de transparência em todos os atos e decisões, assim como exigia criar as condições para a mais ampla participação da população civil e de suas entidades representativas na proposição, decisão, fiscalização e avaliação do SUS no município, através dos conselhos (Municipal, Distritais e Comissões Locais) e nas conferências (Municipais e Distritais).

A administração 93-96 de Belo Horizonte, recebe a herança de um sistema de saúde determinado histórica e socialmente, resultante das diversas políticas de saúde locais, estaduais e nacionais de no mínimo três a quatro décadas passadas, de caráter hospitalocêntrico, centrado cada vez mais em tecnologias duras, onde a rede pública é insuficiente, de caráter complementar à rede contratada e conveniada que funciona sob à égide do lucro e consome cerca de 70% ou mais dos recursos públicos destinados à saúde. Um sistema que além de local é referência metropolitana e estadual, com problemas estruturais de distribuição desigual dos diversos equipamentos entre as diversas regiões da cidade; com dificuldades de recursos humanos (quantidade insuficiente, pouca qualificação, falta de planos de carreira e salários, etc ); enfrentando a falta de fontes fixas de financiamento à nível nacional, a desarticulação, ausência ou mesmo oposição da esfera estadual. Problemas e desafios que não podem ser desconsiderados em nenhum momento e sob qualquer hipótese.

Aqui, neste livro, busca-se fazer uma reflexão sobre uma ousada experiência de construção do SUS, não querendo dizer com isso, que tudo foi só acertos. Como retratam os capítulos, se muito foi feito, ainda há muito por se fazer. A redefinição do papel da rede básica exige monitoração constante da modificação dos processos de trabalhos, quando lapida-se experiências do Acolhimento, expandindo e incorporando ações de vigilância, em especial, com novas ações intradomiciliares, que iriam das visitas, passando por consultas e cuidados, até as internações domiciliares. Da mesma maneira, a busca da integralidade das ações faz exigências a conclusão de uma rede de serviços integrada, complementar, comprometida e responsável.

A questão da articulação das áreas da saúde coletiva (vigilâncias sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, controle de zoonoses) à área assistencial deve ser ampliada, assim como a maior participação nas ações intersetoriais. A regulação do sistema, se num primeiro momento teve acentuação nos aspectos de controle administrativo e financeiro, deve avançar para a busca de qualidade por meio de estratégias de avaliação de processos e resultados. E, por demais importante, uma vez constituídas as diversas instâncias de gerência e gestão, a tarefa não é apenas de mante-las, mas aperfeiçoá-las enquanto arenas de concertamento democrático entre os diversos atores.

A busca do compromisso e responsabilização dos trabalhadores de saúde com a saúde como um direito vital dos indivíduos e da sociedade, é eixo de todos estes processos que ambicionam a mudança dos atuais modelos de atenção à saúde, sem a qual não estaremos fundando algo novo.

\*\*\*

Sempre, em uma sociedade profundamente desigual e injusta como a brasileira, muito há que se fazer, particularmente, para os governos instituídos. Mas alguns alertas são básicos no interior destes processos de construção de políticas sociais que visam uma sociedade mais igualitária e solidária com a vida, e um deles faz referência à continuidade destas intenções no interior dos modos de realizá-las, e particularmente nos setores de políticas sociais que tenham o reconhecimento maior de seus bons resultados, por organismos internacionais da maior credibilidade, como foi o caso das ações governamentais em saúde, no período 93-96, em Belo Horizonte.

Como o tempo é o de um governo, como o municipal, os desafios começam na mudança do mesmo governo e na composição das equipes diretivas da secretaria de saúde e dos distritos, no nosso caso. A escolha apenas em bases político partidárias, não balizadas pela discussão de modelo e de compromissos com suas diretrizes, trazem sérios descompassos e desconcertos.

O renascer, devido a descontinuidade, de modos de gestão autoritários e burocráticos, com a desconsideração ou mesmo aniquilação das arenas de concertamento democrático, traduzida no esvaziamento dos colegiados de gestão, na manipulação ou desrespeito aos espaços de controle social, implica em sérios prejuízos para a cidadania e a consolidação de um estado democrático de direitos, no país.